



## TERMO DE REPOSIÇÃO DE BRAQUETES

Eu \_\_\_\_\_, usuário(a) do plano Uniodonto Salvador, declaro para os devidos fins, que foi realizada a reposição de \_\_\_\_\_ braquetes pelo (a) Dr(a).  
\_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
por motivo de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Declaro ainda, que recebi todas as orientações referentes aos cuidados que devo ter com o meu aparelho ortodôntico, a fim de que novos danos não ocorram, interferindo assim no seguimento do meu tratamento.

\_\_\_\_\_, ..... de ..... de 20.....

\_\_\_\_\_  
(assinatura do paciente ou responsável legal - igual ao RG)

**CONFIRMO** que realizei a reposição dos braquetes referente ao aparelho ortodôntico do (a) paciente acima, e forneci orientações quanto aos devidos cuidados.

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo do CD)